



Activités

10-1 | Avril 2013

Intervenir sur le travail | Pragmatisme et activités

Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération

Occupational mental health and organizational maturity: the intervention process as a key factor in changing organizations and promoting cooperation

Sabrina Rouat



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/activites/548>

DOI : 10.4000/activites.548

ISSN : 1765-2723

Éditeur

ARPACT - Association Recherches et Pratiques sur les ACTivités

Référence électronique

Sabrina Rouat, « Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération », *Activités* [En ligne], 10-1 | Avril 2013, mis en ligne le 15 avril 2013, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/activites/548> ; DOI : 10.4000/activites.548



Activités est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation :

le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération

Sabrina Rouat

SCOP VTE, 6 quai Saint Antoine, 69002 Lyon

Sabrina.rouat@vte.fr

Philippe Sarnin

Laboratoire GRePS EA 4163 – Institut de Psychologie – Université Lumière Lyon 2, 69676 Bron Cedex

Philippe.sarnin@univ-lyon2.fr

ABSTRACT

Occupational mental health and organizational maturity: the intervention process as a key factor in changing organizations and promoting cooperation. This article presents the intervention process, its effectiveness and its impact on preventing psychosocial risks and occupational mental health. It aims to reveal several critical elements of occupational health intervention. It therefore presents existing preventive actions and practices and analyses their limits. Furthermore it attempts to define the key factors for lasting preventive action which promotes debate in the workplace and cooperation among occupational health actors; a lasting preventive action is thus an important issue in the process of organizational maturity.

KEYWORDS

Intervention process, durability, cooperation, organizational maturity, occupational mental health

Introduction

L'utilité de ce dossier sur la problématique de l'intervention en milieu de travail est de permettre de saisir ses enjeux et participer à mieux la définir. Notre contribution est tirée de plusieurs expériences d'interventions et d'un travail de recherche axé sur l'intervention en matière de prévention des problèmes de santé psychique au travail¹. Nous nous axerons sur l'objet de l'intervention en se proposant d'éclairer des principes méthodologiques favorables à la durabilité et à la transformation des milieux de travail. L'approche choisie est de mettre en lumière le « processus » qui sous-tend le développement d'une action de prévention, au-delà des « contenus » largement mis en avant et qui évitent le débat sur l'action, voire sur le travail, clef de la prévention. Il peut, en effet, être réductif d'enfermer la question de la prévention des problèmes de santé psychique au travail dans des schémas de contenus et d'actions que l'on calque quels que soient les milieux professionnels, en se centrant uniquement sur l'altération et le risque, car le grand défaut de cette approche est qu'elle ne

¹ Thèse de doctorat soutenue en 2010 sur l'intervention et la prévention de la santé mentale au travail.

traite qu'une partie de la question sans porter son attention sur sa pertinence dans la durée. L'intervention peut tendre à devenir autre chose qu'une accumulation de contenus « maîtrisés », qui participe à éloigner les acteurs organisationnels d'une lecture responsable de l'activité de travail. Par conséquent, cet article se propose de se centrer sur la capacité d'une action de prévention à s'inscrire dans le temps, au-delà de l'intervention.

La première partie s'attachera à commenter les logiques qu'empruntent les modes d'intervention et les pratiques de prévention existantes et à souligner leurs limites. La seconde nous amènera à mettre en relief ce qui nous incite à nous porter sur les concepts de processus et de durabilité pour définir l'action de l'intervention. Parler de processus ramène le débat sur l'exigence de la durabilité d'une intervention et son impact sur les coopérations. Les enjeux de l'action préventive nous amènent à nous orienter vers « l'intervention coopérative ». Nous parlerons plus précisément de *processus coopératif* pour souligner la dynamique de transformation que l'intervention peut nourrir dans les liens entre acteurs autour de ces questions. Nous nous appuierons pour cela sur deux expériences d'intervention. La maturation se définit ainsi pour nous par la capacité des acteurs à faire exister un questionnement sur le travail dans un processus durable. La dernière partie s'intéressera à deux conditions susceptibles de favoriser une approche préventive durable.

1.- Prévention des risques psychosociaux au travail et intervention : situer l'existant sur les pratiques et reconnaître ses limites

Nous ne pouvons dans le cadre de cet article faire le relevé exhaustif de l'existant sur les pratiques d'intervention, car il y aurait beaucoup à dire. Nous nous contenterons de mettre l'accent sur quelques points essentiels en soulignant les limites et les enjeux qu'elles contiennent. Le besoin d'intervenir sur les problèmes liés à la santé psychique au travail a nécessité que l'on simplifie un phénomène complexe. Alors que les risques psychosociaux réunissent à la fois les problèmes de souffrance, stress et épuisement professionnels ainsi que les violences au travail, la prévention a été définie à partir du modèle du stress au travail. Elle repose ainsi sur un découpage de son processus permettant de penser l'action susceptible de le prévenir. Ce découpage distingue des causes, son processus vécu et ses conséquences. Différents niveaux de prévention sont alors considérés. Ces niveaux, primaire, secondaire et tertiaire, apparaissent complémentaires et peuvent intégrer une politique globale de prévention. Les stratégies d'intervention vont alors cibler des segments du processus en particulier (Cooper & Cartwright, 1994 ; Harvey, Courcy, Petit, Hudon, Teed, Loiselle, & Morin, 2006; Murphy, 1988).



Schéma : définition des niveaux de prévention et détermination de stratégies

Diagram: definition of levels of prevention and determination of strategies

La prévention primaire va cibler les « stresseurs » ou facteurs de stress ; la prévention secondaire, le stress lui-même en tant que vécu, son expérience et sa perception ; et la prévention tertiaire les conséquences de ce stress. Ce raisonnement sera ensuite élargi à l'ensemble des risques psychosociaux afin de faciliter l'action. Le schéma ci-dessous

reprend la logique de ce raisonnement traduisant la linéarité du phénomène et son appréhension pour l'action.

Plus précisément, et puisque nous nous y intéressons ici, la prévention primaire est définie comme un niveau qui vise à réduire ou éliminer la présence d'agents psychosociaux pathogènes en milieu de travail (Vézina, Bourbonnais, Brisson, & Trudel, 2006). Elle repose donc sur la construction de stratégies collectives visant à connaître le risque et modifier l'organisation du travail. De plus, puisqu'elle est axée sur les causes et l'organisation, elle est reconnue comme la plus efficace pour prévenir ces phénomènes (Bond & Bunce, 2001 ; Brun, Biron, & Ivers, 2007 ; Burke, 1993 ; Cooper & Cartwright, 2000 ; Kompier & Gründemann, 1999 ; Kompier & Kristensen, 2005 ; Lourijzen, Houtman, & Nielsen, 2002). Néanmoins, elle reste la moins utilisée (Hansez, Bertrand, & Barbier, 2009 ; Hansez & De Keyser, 2007). Elle requiert la poursuite de changements dans l'organisation (Elkin & Rosch, 1990), elle nécessite d'impliquer les différents acteurs et engager leur volonté d'agir sur les sources du problème. L'objectif qu'elle vise semble à la fois la clef de réussite et le principal frein à son utilisation.

Un article clef a effectué un recensement des modes d'intervention primaire sur la santé mentale au travail, vue sous l'angle du stress professionnel (Harvey & *al.*, 2006). Il met en avant la récurrence de modèles axés principalement sur le « contenu ». Ces modèles s'intéressent aux aspects individuels et organisationnels, sur lesquels peut reposer la mise en œuvre de changements afin de réduire le stress au travail. Ils répertorient un certain nombre de techniques et de programmes de ressources humaines (PAE, stratégies de clarification des rôles ou de conception des tâches, techniques de relaxation). Ils partent non pas du problème exprimé par l'organisation, mais le définissent à partir d'un examen des formes d'interventions rencontrées dans la littérature. Ces interventions vont soit orienter leurs actions vers des changements relatifs aux aspects structurels et objectifs de l'organisation du travail et définir ses conditions de réalisation (Parkes & Sparkes, 1998) ; soit se centrer sur les perceptions que les salariés ont de leur environnement de travail et la manière dont il génère du stress. Ces interventions se situent dans la phase « stress » du processus, à savoir lorsque les salariés connaissent l'expérience du stress. Le but ici est de réduire le stress en favorisant un changement de perception de l'environnement de travail chez les salariés (Harvey & *al.*, 2006). Ces modèles risquent d'enfermer la question de la prévention dans une approche linéaire et fragmentée sans l'aborder en tant que processus évolutif et déterminé par des rapports sociaux composant l'organisation (Vézina, 1996). S'en contenter reviendrait à oublier ou ne pas voir que la santé se gagne dans la conquête des marges de liberté d'action (Clot, 1999, 2001, 2010 ; Lhuillier, 2006). Par ailleurs, le contexte social et politique dans lequel évolue la question de la santé psychique au travail favorise la récurrence de ces pratiques de prévention. Ainsi, les approches axées sur la préoccupation pour le risque se développent et les réponses méthodologiques y participent largement. Ces réponses s'inscrivent dans une approche causaliste et dotent les acteurs dans l'organisation d'une série de « contenus » susceptible d'améliorer la gestion de ces risques. Elle peut, de ce point de vue, nourrir l'illusion d'une maîtrise du risque et une fascination pour la mesure. Elle nourrit la croyance de la possibilité d'isoler un risque en attribuant de manière directe une action pour l'éviter et/ou le supprimer. Ce raisonnement logique, axé sur la mesure, peut contribuer à menacer les régulations développées au sein des collectifs de travail dans la résistance au réel de l'activité, clef de la santé au travail. L'observation et l'action en psychologie du travail sur la prévention des risques pour la santé

psychique poussent à porter un regard critique sur ces pratiques. Nous savons que la connaissance d'un facteur de risque, même soutenu par un cadre méthodologique d'apparence solide, ne trace pas forcément des perspectives prometteuses pour une action durable et risque de nuire aux ressources développées par les salariés pour faire face. Enfin, ces modèles cherchent moins à définir les moyens d'instaurer des processus coopératifs entre acteurs de la santé au travail qu'à se centrer sur la mesure du risque ou du symptôme pour alimenter cartographies, observatoires et tableaux de bord pour penser la santé. Ils ne nous renseignent ni ne nous interpellent véritablement sur les enjeux qui naissent des relations entre acteurs en charge de ces questions dans l'organisation et amenés à conduire et porter une action de prévention. Pourtant, ces relations participent, par essence, au processus de prévention. C'est de cette relation entre rapports de coopération et prévention qu'émerge notre hypothèse d'une transformation durable des milieux de travail et de l'engagement des acteurs dans des espaces de controverse, au-delà de l'intervention elle-même, mais que celle-ci participe à impulser. Ainsi, nous pensons que ces modèles sont limités pour favoriser la durabilité des actions de prévention, car les effets visés donnent une priorité aux contenus plutôt qu'aux processus qui se développent dans la participation des acteurs de l'organisation. Or nos travaux nous amènent à soutenir que les interventions axées sur le processus et coopératives ont une plus grande potentialité de créer des effets durables sur la coopération des acteurs impliqués dans l'action de prévention.

Nous faisons le choix de proposer une réflexion sur le processus d'intervention coopérative et son potentiel de transformation des milieux de travail. En effet, il favorise un questionnement critique sur le travail, il est orienté vers une exigence de durabilité et les rapports de coopération des acteurs en charge de la préservation de la santé au travail et vise la maturation organisationnelle. Cette réflexion nous amène ainsi à critiquer deux approches qui s'opposent théoriquement : l'une axée sur l'altération et laissant de côté les compromis et ajustements trouvés dans l'activité ; l'autre centrée sur l'émergence de l'activité collective et de sa fonction psychologique sans interroger plus directement les rapports sociaux et coopératifs des acteurs de la santé au travail dans l'organisation, dont la posture détermine des choix et des voies possibles pour le développement de la santé au travail. C'est peut-être là qu'une partie des « ressources psychosociales » se construisent, en référence à l'expression de Clot (2010).

2.- Ce qui nous incite à penser l'intervention comme un processus coopératif

L'action de prévention doit nécessairement se responsabiliser du point de vue de l'exigence de durabilité de l'intervention. En effet, si les études sont de plus en plus répandues dans les organisations sur les questions des risques psychosociaux, les effets sont rarement mesurés, peu visibles, voire inexistants (Hansez & al., 2009). Dans le cadre d'actions menées, peu d'organisations passent du diagnostic à l'action et rares sont celles qui inscrivent les interventions dans une démarche d'évaluation des effets (Ibid.). Les axes de changements mis en place après le diagnostic relèvent principalement d'actions centrées sur les conditions de travail ou sur les pratiques en ressources humaines déjà en vigueur dans l'entreprise et ne découlant pas véritablement du diagnostic. On peut donc faire l'hypothèse d'une relation entre l'absence d'effet d'une intervention et la qualité de sa conduite dans l'organisation, prenant place ou pas dans un processus coopératif. Autrement dit, si le paradigme actuel de la science met l'emphasis sur les résultats des interventions au détriment des processus

(Griffiths, 1999), les recherches doivent s'attacher à saisir le processus et permettre d'évaluer le développement et l'implantation de ces interventions (Goldenhar, LaMontagne, Katz, Heaney & Landsbergis, 2001). Il est donc nécessaire de porter plus d'attention au contexte et aux processus de mise en œuvre, car ces lacunes constituent des obstacles considérables à l'atteinte des effets visés par les interventions (Nytrø, Saksvik, Mikkelsen, Bohle & Quinlan, 2000 ; Saksvik, Nytrø, Dahl-Jorgensen & Mikkelsen, 2002).

Notre démonstration se fonde sur ce constat issu d'actions et de recherches menées au sein de diverses organisations, notamment dans des contextes « dégradés », du point de vue de la santé pour les personnes et des relations entre acteurs chargés de la préserver : si la santé au travail ne peut se passer d'un renouvellement des libertés développées par les individus et les collectifs dans l'activité, elle ne peut pas se construire en dehors des rapports responsables que doivent construire les acteurs en charge de la santé dans l'entreprise. Sur le plan de la santé au travail, l'intervention, pour prévenir, doit tendre à satisfaire une exigence de durabilité, c'est-à-dire à produire des effets dans le temps ; et à favoriser la coopération des acteurs en charge de la santé au travail dans l'organisation. Cette préoccupation suffit à redéfinir l'action de prévention majoritairement axée sur le contenu.

2.1.- L'exigence de durabilité et sa place dans la méthode d'intervention : étude d'un cas

Ainsi, les questions relatives aux processus d'intervention et à la durabilité sont peu présentes dans la littérature et constituent des domaines à investir. Le manque de connaissances des processus d'intervention a des implications sur les pratiques d'intervention. Étudier le processus d'intervention c'est chercher à comprendre sa dynamique de développement ainsi que les liens qui s'établissent entre les différents temps de l'intervention qui font progresser vers le changement dans l'organisation et les conditions qui vont permettre d'ancrer l'effet de l'action dans le temps. L'intervention est un terme générique pour désigner « une action ou un ensemble organisé d'actions (politique, programme, projet) visant à modifier une situation jugée problématique » (Jabot & Bauchet, 2009, p. 330). Le processus d'intervention met en relief la manière dont on parvient à définir et implanter ces actions ainsi qu'à orienter les actions visant à modifier la situation problématique. Le processus que nous visons fait référence à la manière dont évolue l'intervention à partir de l'analyse de la demande jusqu'à la détermination d'orientations de changement. Nous croyons que la définition d'une action de prévention durable repose fortement sur le sens que le processus peut prendre pour les acteurs qui se trouvent réunis dans l'action. Une partie de ce processus se rattache à la définition des espaces coopératifs entre les acteurs organisationnels.

Afin de traduire l'exigence de durabilité sur le plan méthodologique, nous nous appuyons sur une expérience d'intervention menée au sein d'un service appartenant à un site industriel de 140 salariés, lui-même rattaché à un grand groupe international de la chimie. Ce service, appelé le laboratoire, comptait une quinzaine de personnes spécialisées dans les techniques de laboratoire et correspondant à une activité support pour ce site de production. L'intervention a été impulsée par le médecin du travail et le CHSCT, puis par la direction. Le contexte faisait référence à une situation problématique identifiée au sein du service en particulier et à un état de tensions diverses s'exprimant dans le travail et les relations. Le service avait connu le départ d'une responsable hiérarchique en arrêt maladie depuis plusieurs mois. Le collectif faisait clairement le lien entre ce départ et les situations de travail, ayant provoqué pour cette personne un épuisement professionnel en lien avec une surcharge de travail chronique. Bien que cette absence accentuât les contraintes de travail et les tensions, elle avait permis d'ouvrir le débat autour du travail.

Les acteurs attendaient de l'intervention qu'elle identifie plus clairement les mécanismes qui avaient conduit à cette dégradation, les contraintes auxquelles les salariés étaient exposés, les

risques qu'elles pouvaient comporter sur le plan de la santé, et qu'elle définisse des réponses appropriées pour sortir de cette impasse. L'exposé qu'ils faisaient du contexte en question soulignait une tendance à individualiser la cause des problèmes, à l'enfermer dans des dysfonctionnements relationnels. L'encadrement ne comprenait pas véritablement le maître de ce collectif de travail et l'expliquait en partie par une trop forte exigence envers leur travail. Une autre partie des acteurs mettait l'accent sur l'utilité de questionner le travail comme condition d'émergence des vécus de souffrance. Nous avons donc structuré une méthode d'intervention qui permette de nourrir la connaissance des situations de travail de ce service et d'engager une action durable pour l'organisation. Pour cela, elle devait être portée par l'ensemble des acteurs en charge de la santé au travail du site et concernés par la situation du service ; elle devait également être l'occasion d'un apprentissage collectif capable de produire des effets sur leur coopération ultérieure dans le traitement de problématiques psychosociales et sur l'approche préventive dans l'organisation plus largement.

De manière plus opérationnelle, nous avons, dans un premier temps, constitué une instance de pilotage constituée de la direction, du responsable RH, du secrétaire du CHS-CT, du médecin du travail, d'un membre de l'équipe élu au CHS-CT, de l'encadrement du laboratoire, du responsable Environnement Hygiène et Sécurité et du directeur de production. Nous l'avons rassemblé autour d'un travail de définition collective de la démarche et de formation sur les questions de santé psychique au travail. Cette instance était garante des exigences de l'intervention et participait à régler les postures autour des questions de santé au travail. L'utilité de l'intervention sur le plan de la durabilité et de la coopération s'est nourrie des développements qui sont nés à l'intérieur de ce collectif. De plus, le choix a été fait d'ouvrir cette instance à des acteurs en charge de l'activité d'autres services du site dans le but de créer une dynamique d'apprentissage et de questionnement global sur la réalité des situations de travail. Dans un deuxième temps, nous avons implanté, en appui avec l'instance de pilotage, la démarche au sein de l'équipe en question. Cette étape a permis un premier échange avec les salariés afin d'entendre leurs questionnements et de favoriser leur participation et leur confiance. Cette rencontre devait présenter clairement et de manière transparente le contexte du déclenchement de l'intervention, les choix méthodologiques retenus et les règles de la confidentialité et du volontariat. Un temps d'observation de l'activité de travail a permis ensuite de construire une première connaissance des contextes de travail. Dans un autre temps, nous avons réalisé un diagnostic sur les facteurs de risques psychosociaux au sein du service à partir de la passation d'entretiens. Une fois les matériaux recueillis et complétés de nos interprétations, nous avons restitué les résultats du diagnostic à l'instance de pilotage pour un temps de débat et de validation des problématiques saillantes qu'il soulignait. À cet égard l'étape de validation collective de la démarche et celle de la restitution du diagnostic sont à soigner du point de vue de la durabilité. Elles sont construites de manière à tracer les voies de la controverse sur le travail et à développer une approche préventive qui fait de la santé au travail l'objet qui médiatise les rapports de coopération. Les échanges et confrontations sur la cause peuvent être conflictuels et, en le devenant progressivement au fil de l'intervention, ils règlent les rapports entre acteurs et inscrivent la fonction du collectif à l'intérieur des postures individuelles d'acteurs. Ainsi, la préoccupation pour la durabilité est étroitement associée à la dimension collective de l'intervention dans l'organisation.

Les entretiens ont été l'occasion pour les salariés de ce service de livrer leur rapport au travail et au métier, d'explicitier des formes de contraintes et de régulations, et d'évoquer les liens avec leur santé. Ils ont décrit alors une activité stimulante et « prenante ». Ils soulignaient la maîtrise du métier, la connaissance de ses complexités et reliefs. Ils se décrivaient comme des professionnels de qualité, fortement engagés dans l'activité, exigeants dans la qualité du travail. Dans le même temps, ils exprimaient un vécu d'échec qu'ils reliaient à une surcharge de travail, et qu'ils renvoyaient aux évolutions du contenu de

l'activité et à l'inadaptation des ressources organisationnelles. Le réel du travail signifiait s'adapter à des priorités qu'on ne partage pas toujours avec les autres, allier des exigences différentes qui réclament des ajustements de plus en plus difficiles, faire face à un rythme soutenu et à une charge de travail élevée, répondre à une exigence plus forte (vérifications, procédures, activités annexes), chercher à trouver sa place dans un contexte qui a connu une forte instabilité et qui se restructure, supporter un climat de tensions et d'intensité, s'éloigner de sa fonction et de son métier pour répondre au besoin de flexibilité de l'organisation, tenir des objectifs qui ne reflètent pas les ressources et le réel, ne pas être en capacité d'aller jusqu'au bout des choses, accumuler des retards et avoir le sentiment parfois de ne pas être un bon professionnel et un bon collègue de travail. Les tensions et contradictions qui naissaient dans l'activité impliquaient de contourner les procédures, de laisser une partie du travail de côté, d'accepter les défaits et de normaliser ces « empêchements » (« *Je jouerai à l'équilibriste. Je l'ai déjà fait* » ; « *Pour arranger la production, on doit passer outre les procédures* » ; « *Il y a des choses qu'on bâcle c'est sûr* » ; « *La qualité ça fait longtemps qu'on n'en parle plus* » ; « *On a perdu en rigueur de travail* » ; « *Si le 6^{ème} chiffre après la virgule n'est pas exact, on sait que ça n'aura pas d'impact donc on laisse* » ; « *on est en permanence en train de faire, défaire, refaire* » ; « *ça me triture l'esprit* » ; « *On me demande moins de rigueur. Mais pour moi c'est contre-nature* »). Il apparaissait clairement que les critères exigés pour ce service support de l'activité de production, « cœur de l'entreprise », étaient les mêmes que ceux exigés pour la production. D'ailleurs, et de manière concomitante, l'entreprise avait été amenée à positionner un poste d'encadrement transversal pour les deux activités, solution provisoire trouvée pour répondre à un besoin de l'organisation et qui devenait permanente. La restitution du diagnostic s'est attachée à décrire le réel de l'activité et du fonctionnement de l'équipe. Une partie du diagnostic soulignait comment l'organisation ne parvenait pas à apporter les réponses aux besoins de l'activité et épuisait les ressources collectives et émotionnelles des salariés (« *On a trop tiré sur la corde* »). Les membres de l'équipe disaient leur fatigue devant le déni de l'encadrement de la réalité du laboratoire et du travail, malgré des alertes fortes telles que l'échec d'un audit. Le discours de l'encadrement sur le challenge à relever devant la difficulté marquait encore davantage ce déni de la situation. Revenir sur l'exigence de qualité du travail c'était être « *rabat-joie* ». La hiérarchie décrivait d'ailleurs que les salariés de ce service « *se mettaient seuls de la pression qu'il n'était pas nécessaire d'avoir* ». Pour l'entreprise, c'était le service râleur, de la plainte, de la revendication. Par ailleurs, une forme de mise en concurrence s'était développée dans le collectif sur l'atteinte des objectifs. Le risque était alors, pour celui qui tient, de devenir « *le rabat-joie de service* », « *l'inadapté* », « *le réfractaire* », et de vivre cette réalité du travail sur un mode individuel et non plus collectif. Cette bascule est déterminante dans les vécus de souffrance au travail. Un problème avait également été relevé par les personnes dans la répartition des rôles, et des places officieuses que quelques-unes prenaient. Progressivement, après l'impatience, les personnes se sont usées, ont perdu l'envie de parler du travail, même entre elles. Les tensions dans les relations interpersonnelles augmentaient quand les échanges sur le travail s'amenuisaient. Les personnes s'isolaient progressivement du collectif (« *C'est mieux de travailler seul. J'ai pas envie d'être mêlé* » ; « *J'ai peur de faire le mauvais geste. Si tu prends le risque d'aider, tu peux faire partie de l'arbre des causes* »). La restitution a été réalisée à un moment clef de l'intervention, car elle a permis de s'obliger à entendre le discours des salariés sur le travail, les risques pour la santé et d'ouvrir entre l'encadrement et l'équipe un débat sur les contraintes et la qualité. Nous étions passés d'un débat méthodologique sur la prévention des risques psychosociaux entre acteurs de la santé au travail dans les premiers temps de l'intervention à un échange controversé entre la représentante de l'équipe du laboratoire et l'encadrement. La restitution avait permis de faire naître ce débat sur le travail réel et le rôle de l'intervenant devenait progressivement accessoire.

Nous avons ensuite laissé aux acteurs la liberté de construire seuls les réponses, mais

ensemble, ou de solliciter notre appui. Le plan d'action a été construit par les acteurs puis nous a été présenté afin de garantir sa cohérence avec les résultats du diagnostic. L'ensemble de l'action a été présenté à l'équipe concernée et les mesures de changement ont été déployées progressivement. Enfin, nous avons effectué un temps de bilan de l'intervention avec l'instance de pilotage et l'équipe pour apprécier les effets et les perspectives pour l'action préventive de l'organisation. Le temps de bilan a réuni plus largement l'instance de pilotage et l'équipe du laboratoire. Ce sont principalement les représentants de l'équipe qui ont contribué à alimenter le bilan. Une partie des réponses apportées par le plan d'action avait permis de rendre davantage visible la densité des tâches, d'ajuster les ressources organisationnelles et de résorber les retards. Pouvoir rendre ce travail visible était ressenti comme une avancée majeure pour les salariés. On reconnaissait les exigences de leur travail. D'autres changements étaient observés dans les modes d'ajustements. Des tensions liées à la répartition des places de chacun persistaient et soulignaient la difficulté récurrente de l'organisation à donner des limites aux personnes qu'elle avait insidieusement cherché à engager au-delà du prescrit. L'organisation rencontrait encore une difficulté à reconnaître des formes d'arrangements qu'elles trouvaient pour faire correspondre ses contraintes et son réel, alimentant des formes de valorisation faussées qui se traduisaient par des dysfonctionnements relationnels.

Au-delà des actions engagées au sein du service, ce bilan, réalisé plusieurs mois après la fin de l'intervention, a, tout d'abord, mis en avant la capacité de l'intervention à renforcer les ressources en interne par la coopération des différents acteurs dans le traitement des situations problématiques et la prévention, notamment par la volonté partagée de stabiliser un mode d'approche collectif des problèmes qui font référence à la santé au travail de manière générale. D'autre part, le bilan a permis à l'organisation d'élargir son attention sur l'ensemble des services et les risques que peuvent comporter les situations de travail. Ensuite, il a favorisé l'implication de l'encadrement dans le but de le soutenir dans le développement d'une juste posture préventive. Enfin, le bilan fut l'occasion pour les acteurs de souligner l'utilité de s'engager dans des processus de suivi et de veille préventive sur la question des risques pour la santé psychique au travail en acceptant de créer les conditions d'un débat durable sur les contraintes de travail. Ce processus visé par les acteurs de manière autonome a été envisagé sous la forme d'une action formalisée capable d'accompagner les salariés en difficulté, d'associer les acteurs de la santé au travail dans une analyse partagée de la situation et d'alimenter la réflexion du CHS-CT par des temps de bilan régulier dans le but d'émettre des hypothèses explicatives en interrogeant les situations de travail.

Ce bilan met en relief les effets d'une intervention sur la capacité de faire exister une préoccupation sur la prévention, l'utilité de développer de la controverse sur les contraintes de travail et ses répercussions dans l'activité des salariés pour permettre un ancrage durable de l'action des collectifs de travail et, parallèlement, d'augmenter la maîtrise de la prévention par les acteurs. Pour autant, nous n'avons pas le recul nécessaire pour évaluer de manière exhaustive les effets de ce processus d'intervention. Néanmoins, nous avons relevé un indice révélateur d'un bénéfice durable tiré de l'intervention : nous avons choisi de laisser les acteurs présents nous raconter leur bilan et, de manière inattendue, ils ont parlé spontanément, non plus des personnes, mais du travail, des situations ordinaires de travail, du « faire », du « bien faire ». Ce centrage sur la question du travail est un indice majeur de l'effet d'un processus coopératif.

Cet exemple indique également que l'intervention a une action potentielle sur la maturation des relations entre acteurs, amenant à modifier dans le même temps le rapport qu'ils entretiennent avec les enjeux psychiques du travail. En cela, en instaurant de la controverse, l'intervention a pu nourrir une dynamique amenant progressivement les acteurs à centrer le débat sur le travail et ainsi à dé-individualiser ou dé-personnaliser les liens santé-travail et les réponses qui en découlent. Dans un tel processus, la réponse donnée à la souffrance des personnes ne pouvait résider dans une baisse de l'exigence à l'égard de la qualité du travail,

la recherche de la relativisation de l'impact de la tâche empêchée et le retrait de l'investissement subjectif du salarié dans son activité. Au contraire, il était déterminant de faire exister cette exigence. Ce processus a pu expliciter les enjeux présents dans les situations de travail et les contraintes pour les salariés, en évitant de réduire les causes à des problèmes de fragilité personnelle ou encore d'associer construction de la santé au travail et négociation des conditions de travail. Si l'intervention parvient à se définir et se conduire en évitant de basculer dans ces deux dérives, elle peut alors permettre au travail de s'imposer légitimement dans l'action des acteurs de manière durable. C'est à partir de cette réflexion sur le processus que nous associons intervention et maturation.

2.2.- L'intervention coopérative : le processus d'intervention comme vecteur des coopérations entre acteurs

Notre intérêt pour le lien entre processus d'intervention et amélioration de la coopération des acteurs a été nourri par différentes recherches axées sur l'utilité et la fonction de l'évaluation pour les acteurs. L'intervention de niveau primaire et l'implication des acteurs nous a porté vers la réflexion sur l'évaluation et sa fonction sociale (Denis, Lehoux, & Tré, 2009 ; Patton & LaBossière, 2009). Ces recherches indiquent que « le simple acte de participer au processus peut aussi être utile » (Patton & LaBossière, 2009, p. 150). Le processus est une occasion d'apprentissage pour ceux qui y participent et est tout aussi important que la mobilisation des résultats à des fins de décision ou de changement (Patton, 1988). Il vient renforcer les capacités, développer une pensée évaluative et favoriser une compréhension partagée d'un problème ou d'un objet entre les différents partenaires. Il permet d'augmenter l'engagement, d'enrichir les postures, d'encourager un débat ouvert entre les acteurs, d'augmenter le sens d'une action et de contribuer au développement des organisations. De plus, le processus d'évaluation peut avoir un impact significatif qui peut durer plus longtemps que les résultats qui découlent de l'évaluation (Patton & Labossière, 2009). C'est également de ce point de vue que nous considérons l'impact durable d'un processus d'intervention. La question de l'utilité dans la durée renvoie à ce que l'intervention a contribué à construire dans l'organisation et qui doit résister au temps. L'enjeu est donc qu'un point de vue sur le travail puisse continuer d'être présent et l'intervention pose donc la question de la manière dont vont se structurer les représentations des acteurs, les positions de chacun dans l'action et le changement. Ainsi, les conditions qui vont permettre la production de connaissances, leur transfert et leur appropriation sont centrales.

L'utilité de l'intervention s'exprime par l'impact de l'action sur la coopération et de la confrontation entre acteurs sur la maturation de l'organisation. L'intervention produit peu à peu la conviction chez les acteurs que le développement de la santé dépend, pour une partie significative, de leur coopération et des processus qu'ils sont à même de faire exister. Ainsi, une méthode utilisée dans une intervention ne doit pas être appréciée de manière isolée et en dehors du processus et de l'action qui va suivre. De même, une intervention ne doit pas seulement être appréciée selon des axes de prévention, de quantification et lourdeur, ou encore de simplicité dans la démarche (Delaunoy, Malchaire, & Piette, 2002), mais d'autres éléments relatifs à la logique progressive de la démarche sont à prendre en compte. Nous mettons plus précisément l'accent sur la dynamique de maturation qui se développe à l'intérieur du processus d'intervention.

2.3.- Processus d'intervention et dynamique de maturation

En mettant les acteurs en situation de coopération autour d'un projet qui est d'identifier les problèmes qui se posent en priorité pour les travailleurs, et non pour l'organisation et sa productivité, l'intervention les invite à modifier leur posture vis-à-vis de ce que l'organisation produit chez l'individu et à élaborer d'autres modes d'interaction. Cela est possible parce que ce qui décrit le mieux l'intervention est l'espace potentiel de confrontation qu'elle génère, à condition que les acteurs acceptent d'y participer et en

assument les conséquences en terme de modification de leur posture et des liens de coopération. La confrontation maîtrisée permet au conflit de s'explicitier. Le conflit peut porter sur les représentations des causes à l'origine des situations de souffrances et de violences au travail. Il peut concerner la manière dont les problématiques sont interprétées par les acteurs respectifs et prises en charge dans l'organisation. Mais il est important que cet espace de conflit se transforme en une zone de développement pour la controverse sur le travail.

Ainsi, au travers de l'instauration d'espaces de confrontation, de controverse, l'intervention peut participer d'une maturation de l'organisation, dont les effets pourront se traduire dans sa représentation des causes des problèmes et son approche dans l'action de traitement et de prévention. L'approche des organisations est fortement imprégnée de processus d'individualisation des difficultés au travail (Buscatto, Lorient, & Weller, 2008 ; Hepburn & Brown, 2001 ; Lhuillier & Litim, 2009 ; Lorient, 2005 ; Neboit & Vézina, 2007). Les interventions doivent chercher à permettre de complexifier l'analyse des acteurs et de produire de la maturation sur ces questions. Les processus de maturation se définissent en partie par les processus de désindividualisation. Le sens d'une prévention s'oriente vers des occasions trouvées pour les acteurs de débattre des contraintes de travail. Le processus coopératif soutient étroitement celui de la désindividualisation des causes et la conquête des espaces de controverse. C'est de cette manière que nous définissons la maturation d'une organisation.

Une démarche de prévention en matière de santé psychique au travail peut difficilement s'imposer dans l'organisation. Elle naît d'un processus progressif, complexe, conflictuel, car la finalité est le changement dans l'organisation. Elle doit également viser le renforcement des connaissances et des coopérations entre acteurs, qui impactera nécessairement leur sentiment de compétence à prévenir. Une intervention doit, d'une part, pouvoir dégager les contraintes fortes de travail, les régulations trouvées pour tenir, accompagner la recherche de réponses durables qui modifieront l'organisation du travail et qui n'entraveront pas l'action des collectifs de travail ; elle doit, d'autre part, accompagner le renforcement de la coopération et la professionnalisation des acteurs afin de produire des effets à long terme. D'une certaine manière, le processus d'intervention cherche à comprendre ce qui appartient aux acteurs dans l'établissement des conditions de la durabilité.

3.- Les appuis à une approche préventive durable

Nous souhaitons aller plus loin pour discuter des principaux leviers susceptibles d'ouvrir vers une action préventive durable. Nous ne nous attarderons pas sur l'ensemble des conditions participant au processus d'intervention qui ont pour fin de viser doublement l'atténuation des contraintes de travail et le développement de la coopération des acteurs. Nous nous attarderons davantage sur les conditions permettant la transformation relative à la posture des acteurs respectifs associés dans une démarche d'intervention : la professionnalisation des acteurs et la controverse sur l'action.

3.1.- Professionnalisation des instances et redéfinition des postures

La professionnalisation des instances et des acteurs autour de la santé au travail et de ses enjeux est, en effet, l'une des clefs du processus coopératif dans l'intervention que nous défendons, car elle permet le déplacement des enjeux conflictuels, dans lesquels sont largement pris les acteurs, du débat sur les conditions de travail vers la controverse sur le travail. C'est la capacité de produire et d'accepter cette controverse qui fera le ciment de leur coopération. La professionnalisation permet l'ancrage d'une posture orientée sur la santé au travail, sans laisser de côté la fonction que doit remplir l'acteur : directeur, responsables RH, élu du personnel, etc. Enfin, elle cherche à nourrir l'exigence de la qualité de l'action en matière de santé au travail. Elle prend notamment la forme d'actions de formation où les

acteurs sont rassemblés autour de cet objet « naturellement » conflictuel. Ces actions permettent de soutenir le développement d'une lecture plus complexe des situations de travail et des conditions d'émergence des vécus de souffrance ; de renforcer les ressources en interne face aux problématiques rencontrées par les acteurs et qui les laissent souvent démunis ; et de définir une approche plus collective et une posture plus responsable sur le plan de la santé au travail. La professionnalisation participe à inscrire dans les liens entre acteurs l'objet de la santé au travail comme médiation.

Nous avons observé, lors d'une étude menée au sein d'un groupe industriel en 2011, que si la majorité des acteurs de la santé au travail interrogés (près de 80 %) considérait que les contraintes de travail étaient la première cause des risques psychosociaux, – et dans une plus forte proportion les représentants de la direction – la majorité des réponses étaient personnalisées. Il est utile de souligner le rapport entre, d'un côté, la conscience qu'ont les acteurs du poids des contraintes de travail et de leur large contribution au développement des problèmes de santé psychique au travail dans leur organisation et, de l'autre côté, l'orientation personnalisée de la réponse et axée sur le « symptôme ». D'ailleurs, ce paradoxe peut lui-même avoir des effets sur le vécu des acteurs dans leur mission de santé au travail. L'une des explications que nous avons suggérées faisait référence aux postures des instances et des acteurs. Les postures « traditionnelles » des acteurs de la santé au travail empêchent le débat sur les contraintes de travail elles-mêmes. Lorsque ces contraintes se parlent, elles le sont dans les espaces traditionnels de négociation des conditions de travail. Ce raccourci, où parler du travail signifie négocier, enferme la question de la santé au travail dans des enjeux « politiques », orientant les postures respectives dans des logiques où « tout est dit d'avance », et qui détournent au final de la santé : les directions devant convaincre et séduire les élus syndicaux de s'engager à leurs côtés pour le bien des salariés ; les élus cherchant dans le discours de la direction la faille qui traduira sa réelle intention et l'opportunité de gagner du terrain sur le débat sur les conditions de travail. Ainsi, nous avons la certitude que pour développer la santé au travail, les acteurs vont devoir trouver une autre manière de parler de ces contraintes, pour réinventer une approche, moins « évitante » et plus « responsabilisante ».

3.2.- Progresser vers la controverse sur le travail pour promouvoir la santé au travail : le détour nécessaire par le débat sur l'existant et l'action des acteurs

Enfin, nous nous proposons de mettre en lien le rôle largement reconnu de la controverse professionnelle (Clot, 2010), du débat sur le travail entre acteurs de la santé au travail, et le débat sur l'existant concernant l'état de l'action en matière de prévention dans une organisation donnée. Pour cela, et afin de saisir les conditions facilitantes de ce passage d'un état de réflexion sur l'action à un état réflexif sur le travail et ses contraintes, il est nécessaire d'assumer un préalable : le processus capable de placer des acteurs dans la controverse relève d'un développement qui ne naît pas spontanément dans les organisations, ni ne se décrète, mais ne peut être soutenu que par des conditions favorables à la coopération, susceptibles de proposer un étayage pour que cette controverse-là soit aidante pour dépasser les ruptures et bouleversements que rencontrera l'organisation. Reconnaître ce préalable c'est assumer de travailler la santé en acceptant qu'elle soit un objet de conflictualité par essence, car elle tend à rassembler des acteurs « naturellement » opposés, de par leurs préoccupations et attentes. Objet conflictuel, et objet polémique, car il est généralement emprisonné, par les acteurs, dans des croyances où le débat sur les contraintes de travail est assimilé à une négociation des conditions de travail. À partir de là, les acteurs ne se représentent ni ne font exister des espaces où il devient possible de parler de ces contraintes, alors même qu'ils ont conscience qu'elles sont l'une des premières causes d'atteinte à la santé psychique des salariés. Aussi, nous proposons de décrire ce qui peut participer à développer la controverse sur le travail. Cette action, en tant qu'élaboration collective

préliminaire, cherche à permettre aux acteurs de la santé au travail d'analyser de manière critique leur approche dans l'action de prévention. Elle repose sur la conduite d'une méthode d'intervention qui est centrée ni sur les causes, ni sur le processus vécu, ni sur les conséquences, mais sur l'action des acteurs.

Au sein de cette même organisation, qui comptait 25 sites répartis sur le territoire, nous avons conduit, adossés à une instance de pilotage et paritaire émanant du Groupe, une action de prévention susceptible d'instaurer des processus coopératifs à l'intérieur des sites en interrogeant les acteurs de la santé au travail et en créant des occasions de débats sur leur approche des risques psychosociaux au travail. Notre méthode, associant une démarche qualitative et quantitative, a consisté à impliquer chacun des sites dans une étude spécifique capable de nourrir la connaissance du Groupe sur la situation de l'action de prévention de manière générale. Chaque site a ainsi vu se déployer un processus d'implantation de l'étude porté par la direction locale, notamment pour favoriser l'engagement de cet acteur clef, en visant à rechercher la participation des divers acteurs en charge de la santé au travail. Ensuite, nous avons diffusé un questionnaire interrogeant chaque acteur sur trois dimensions constitutives de l'approche en matière de prévention : les données institutionnelles et sociologiques du site ; les données factuelles relatives aux événements significatifs faisant référence aux risques psychosociaux et aux actions de prévention mises en place ; et les données relatives aux représentations que les acteurs ont des risques psychosociaux. Nous faisons l'hypothèse que l'interaction de ces trois dimensions nous aide à comprendre l'approche préventive d'une organisation, à situer son action dans un existant et dans un niveau de maturité. Ainsi, nous avons pu travailler sur la base de 125 questionnaires sur 157 envoyés. À partir de ce recueil, chaque site a été interrogé de manière qualitative par le biais de la passation d'un entretien collectif réunissant des acteurs de la santé au travail, en veillant à respecter la règle de la diversité des fonctions et celle de la parité. Les questionnaires ont donc été complétés par la passation de 16 entretiens collectifs. L'objectif visé était de débattre des résultats du questionnaire et d'affiner l'analyse de l'approche. Nous avons ainsi pu interroger chaque groupe d'acteurs sur leur situation propre : comment font-ils pour prévenir et intervenir ? Quand est-ce qu'ils ont l'impression de faire de la prévention des risques psychosociaux au travail ? Comment coopèrent-ils ? Comment leurs actions et réponses sont-elles orientées ? Qu'est-ce qui sous-tend leur approche de la question de la santé au travail ? Comment définissent-ils leur sentiment de compétence à intervenir et prévenir les risques psychosociaux ?²

Cette intervention a mis en relief des résultats significativement pertinents pour comprendre ce qui sous-tend l'action des acteurs et la manière d'enrichir la connaissance sur le processus coopératif. En permettant un débat, parfois le premier, entre acteurs sur l'action de prévention, l'intervention a établi les conditions d'un apprentissage coopératif sur la santé au travail et a provoqué une modification de l'approche permettant progressivement à la controverse sur le travail de s'instaurer. La controverse sur le travail est étroitement liée à la question de la coopération des acteurs, car ils ne peuvent questionner ensemble le travail qu'à la condition qu'ils aient le sentiment de travailler ensemble lorsqu'une problématique surgit. Cette méthode d'intervention cherche à souligner de nouveau l'utilité sociale d'une action de prévention. Elle permet alors d'instaurer les conditions d'une co-construction de l'action de prévention, dans laquelle la controverse sur le travail pourra elle-même se construire. Le débat sur l'action soutient le développement du débat sur le travail, qui constitue lui-même une condition « pour en finir avec les risques psychosociaux », comme l'écrit Clot (2010).

² Un recueil de documents en lien avec la question des risques psychosociaux au travail a également été réalisé pour chacun des sites.

Ainsi, l'action de prévention peut elle-même se réinventer, au-delà des trois niveaux de prévention classiques et en se concentrant davantage sur le potentiel d'action des acteurs en charge de ces questions. Elle passe notamment par la construction d'une connaissance de la situation de l'organisation en matière de prévention et sur l'action et les pratiques des acteurs. Elle permet d'interroger les postures et d'identifier des axes de progression des actions et de maturation des postures. En revanche, elle ne doit pas se limiter à elle-même et ne peut que tendre vers une préoccupation continue pour les situations de travail afin de correspondre à l'exigence de durabilité de l'action.

Conclusion

Notre article s'est attaché à montrer comment l'intervention en santé au travail peut se développer au sein d'un processus de développement visant à produire des effets dans la durée. Pour nous, l'intervention en prévention est plus que la connaissance du facteur de risque, la détection des troubles et la détermination de réponses en vue de les supprimer ou de les éviter. Elle est l'occasion de produire, à l'intérieur d'un espace coopératif et sécurisé, une dynamique de maturation susceptible de favoriser le débat sur le travail, de se dégager de la logique d'individualisation des difficultés et des réponses, et de régler l'action entre acteurs dans le temps. Ainsi, nous avons évoqué quelques principes clefs d'un processus d'intervention. Cibler le processus coopératif plutôt que les résultats peut permettre d'instaurer des mesures à long terme dans les organisations. Nous défendons ainsi la thèse de l'utilité sociale du processus d'intervention : en impulsant et sécurisant la controverse entre acteurs sur le travail, l'intervention favorise à long terme la coopération sur ces questions.

L'amélioration de la coopération des acteurs en charge de la prévention n'est pas le premier but de l'intervention, mais elle doit en être une des finalités. Elle n'est pas convenue dans le cadre de l'intervention et ne fait guère partie de la demande de l'organisation. Elle n'est pas gagnée d'avance et elle prend forme dans un processus parfois laborieux. Elle est un pari qu'il faut néanmoins viser, car elle constitue l'une des conditions favorables à la prévention. Très souvent, les enjeux conflictuels et politiques empêchent le développement de postures responsables du point de vue de la santé au travail et paralysent l'organisation. Le détour par le débat sur l'action des acteurs peut engager l'instauration des conditions pour la construction de la controverse sur le travail.

Enfin, cet article nous incite à penser que, d'une certaine manière, l'intervention permet plus largement de comprendre comment les caractéristiques réelles de l'action et du processus peuvent enrichir l'étude de l'organisation.

BIBLIOGRAPHIE

- Bond, F.W., & Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work organization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 290-302.
- Brun, J-P., Biron, C., & Ivers, H. (2007). *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail*. (Études et recherches / Rapport No. R-514). Québec: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Burke, R.R. (1993). Organizational-level interventions to reduce occupational stressors. *Work and Stress*, 7, 77-87.
- Buscatto, M., Lorient, M., & Weller, J-M. (2008). *Au-delà du stress au travail*. Ramonville Saint-Agne: Erès. pp. 185-200.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF.
- Clot, Y. (2001). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Éducation Permanente*, 146, 35-51.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Cooper, C. L., & Cartwright S. (1994). Healthy mind, healthy organization - a proactive approach to

- occupational stress. *Human Relations*, 47(4), 455-471.
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (2000). In BIT, *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, 2, 74-87.
- Delaunoy, M., Malchaire, J., & Piette, A. (2002). Classification des méthodes d'évaluation du stress en entreprise. *Médecine du Travail et Ergonomie*, 39 (1), 13-28.
- Denis, J.L., Lehoux, P., & Tré, G. (2009). L'utilisation des connaissances produites, In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (pp. 177-191). Québec: Presses de l'Université de Montréal.
- Elkin, A. J., & Rosch, P. J. (1990). Promoting mental health at the workplace. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 5(4), 739-754.
- Goldenhar, L.M., LaMontagne, A., Katz, T., Heaney, C., & Landsbergis, P. (2001). The intervention research process in occupational safety and health: An overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43 (7), 616-622.
- Griffiths, A. (1999). Organizational interventions: Facing the limits of the natural science paradigm. *Scandinavian Journal of Work and Environment Health*, 25(6), 589-596.
- Hansez, I., Bertrand, F., & Barbier, M. (2009). Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges : facteurs bloquants et facteurs stimulants. *Le Travail Humain*, 72 (2), 127-153.
- Hansez, I., & de Keyser, V. (2007). Du diagnostic des risques psychosociaux à la gestion organisationnelle du stress. In M. Neboit, & M. Vézina (Eds.), *Stress au travail et santé psychique* (pp. 189-2016). Toulouse: Octarès.
- Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loiseleur, O., & Morin, A. (2006). *Organizational Interventions and Mental Health in the Workplace : A Synthesis of International Approaches*. Studies and Research Projects / Report R-480, Montréal, IRSST, 56 pp.
- Hepburn, A., & Brown, S. D. (2001). Teacher stress and the management of accountability. *Human Relations*, 54 (6), 691-715.
- Jabot, F., & Baubet, M. (2009). Glossaire, In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Québec: Presses de l'Université de Montréal.
- Kompier, M., & Kristensen, T. S. (2005). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. In J. Dunham (Ed.), *Stress in the workplace: Past, present and future* (pp. 164-191). Harvard University Press.
- Lhuillier, D. (2006). Cliniques du travail. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1, 179-193.
- Lhuillier, D., & Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*, 2(58), 85-96.
- Loriol, M. (2005). La souffrance : une lecture critique à partir de l'exemple du travail. *Actes des journées d'études du GT 19 Action sociale, Intervention et Régulations sociales de l'AISLF*. Groupe de Recherche sur les Actions et les Croyances collectives (GRACC). Université de Lille 3, octobre 2005.
- Louijssen, E., Houtman, I., Kompier, M., & Gründemann, R. (1999). The Netherlands: a hospital, healthy working for health. In M. K. C. Cooper (Ed.), *Preventing Stress, Improving Productivity : European Case Studies in the Workplace*, chap. 5 (pp. 86-120). New York: Routledge.
- Murphy, L. R. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention. In C.L. Cooper, & R. Payne (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work* (pp. 301-339). Chichester: Wiley.
- Neboit, M., & M. Vézina (Eds.) (2007), *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse: Octarès.
- Nielsen, M.L. (2002). Intervention project on absence and wellbeing (IPAW)–Denmark. In European Agency for Safety and Health at Work (Eds.), *How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work-related Stress*, Systems and Programmes, chap. 3.5 (pp. 52-58).
- Nytrø, K., Saksvik, P. O., Mikkelsen, A., Bohle, P., & Quinlan, M. (2000). An appraisal of key factors in the implementation of occupational stress interventions. *Work & Stress*, 14(3), 213-225.
- Parkes, K.R., & Sparkes, T.J. (1998). *Organizational interventions to reduce work stress: are they effective ? A review of the literature*. Report 193/1998; Health and Safety Executive.

- Patton, M.Q., (1988). The evaluator's responsibility for utilization. *Evaluation Practice*, 9(2), 5-24.
- Patton, M.Q., & LaBossière, F. (2009). L'évaluation axée sur l'utilisation. In V. Ridde, & C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 142-158). Québec: Presses de l'Université de Montréal.
- Saksvik, P. O., Nytro, K., Dahl-Jorgensen, C., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 16(1), 37-57.
- Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 117-138.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2006). Définir les risques. Note de recherche : sur la prévention des problèmes de santé mentale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3, 163, 32-38.

RESUME

L'approche choisie dans cet article est de souligner l'utilité d'un processus d'intervention pour permettre d'engager une action durable dans l'organisation sur la question de la prévention des problèmes de santé psychique au travail. Il fait le point sur les logiques des pratiques d'intervention existantes et souligne leurs limites, notamment du point de vue de leur orientation : axée sur le « contenu » ou axée sur le « processus ». À partir de là, il se propose de définir les principes clefs d'une intervention préventive durable, favorable au débat sur le travail et à la coopération des acteurs en charge de la santé au travail dans l'organisation. La réflexion sur la durabilité d'une action de prévention permet de faire le lien avec la question de la maturation de l'organisation sur des questions évidemment complexes et sensibles dans l'organisation.

MOTS CLEFS

Processus d'intervention, durabilité, coopération, maturation, santé mentale au travail

REFERENCEMENT

- Rouat, S., & Sarnin, Ph. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. *Activités*, 10(1), 58-72
<http://www.activites.org/v10n1/v10n1.pdf>

Article soumis le 3 janvier 2012 accepté le 3 janvier 2013.